UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935 — N° 93

Les ruptures de pyosalpinx en péritoine libre

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Décembre 1934

PAR

Pierre DUBROCA

Élève du Service de Santé de la Marine

Ex-Externe des Hôpitaux

Né à CASTETS-EN-DORTHE (Gironde) le 18 Juillet 1910

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

DUVERGEY, professeur .... *Juges.*

PAPIN, professeur .....

CHARRIER, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. LESBATS

16, Rue Jules-Guesde, 16

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543914_0084

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935 — N° 93

Les ruptures de pyosalpinx en péritoine libre

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Décembre 1934

PAR

Pierre DUBROCA

Élève du Service de Santé de la Marine

Ex-Externe des Hôpitaux

Né à CASTETS-EN-DORTHE (Gironde) le 18 Juillet 1910

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

DUVERGEY, professeur.... *Juges.*

PAPIN, professeur ..... *Juges.*

CHARRIER, agrégé ..... *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. LESBATS

16, Rue Jules-Guesde, 16

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. MAURIAC..... Doyen

M. GUYOT..... Assesseur

M. SIGALAS..... Doyen Honoraire

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIERE, BARTHE, DENIGES, AUCHE, SELLIER, BEILLE, CASSAET.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC.
id.	DUPERIE.
Clinique chirurgicale	BEGOUIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.
Pathologie et thérapeutiques générales	CARLES.
Clinique d'accouchements	ANDERODIAS.
Anatomie pathologique et microcopie clinique	SABRAZES.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUILH
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE.
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	RECHOU.
Chimie	CHELLE.
Botannique et mat. médicale	GOLSE.
Pharmacie	MANDOUL.
Zoologie et parasitoiogie	DUPOUY.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique	TEULIERES.

	MM.
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie	ROCHER.
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET.
Chimie biologique et médicale	DELAUNAY.
Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Cliniques des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Clinique dentaire	CAVALIE.

MM. LACOSTE (Histologie), PERY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales), PAPIN (Chirrurgie générale), R. Sigalas (Parasitologie et sciences naturelles), JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	DUBECQ.
id	DUFOUR.
Physiologie	FABRE.
Médecine générale	DAMADE.
id.	PIECHAUD.
id.	DELMAS-MARSALET.
id.	DE GRAILLY.
id.	FONTAN.
Chirurgie générale	CHARRIER.

	MM.
Chirurgie générale	LOUBAT.
Obstétrique	RIVIERE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Chimie gén. pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Médecine opératoire	PAPIN.
Physiologie	FABRE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Accouchements	PERY.

	MM.
Puériculture	FAUGERE.
Démonstration et prép. pharm.	M. VITTE.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes..... N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA MERE ET A MON PERE

Faible témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

A MON GRAND-PERE

Dont la vie toute de labeur sera pour moi un exemple que je m'efforcerai toujours d'imiter.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAVANNAZ

Pour la bienveillance toute paternelle qu'il m'a toujours témoignée durant l'année entière que nous avons passée dans son service.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat 1931 :

Service de Monsieur le Professeur CHAVANNAZ.

Externat 1932 :

Service de Monsieur le Professeur DUVERGEY.
Service de Monsieur le Professeur LOUBAT.

Externat 1933 :

Service de Monsieur le Docteur DENIS.
Service de Monsieur le Docteur DUBOURG.

Externat 1934 :

Service de Monsieur le Professeur SABRAZÈS.
Service de Monsieur le Professeur ANDÉRODIAS.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT

Professeur de Clinique Chirurgicale et Gynécologique
Chirurgien de l'Hopital Saint-André
Membre correspondant de la Société Nationale de Chirurgie,
Vice-Président de la Société française de Gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique,

Pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE MEDECIN GENERAL CAZAMIAN

Directeur de l'école Principale du Service de la Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales
Officier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Instruction Publique

A MES JUGES

AVANT-PROPOS

Avant de commencer notre travail, nous tenons à faire part à M. le Professeur Guyot de notre profonde gratitude pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner en nous proposant le sujet de cette thèse. Nous tenons à remercier aussi Messieurs les Docteurs Massé, Magendie, Couriades, Laporte, Guérin et Traissac qui nous ont aidé, soit par leurs conseils, soit par les observations qu'ils ont bien voulu recueillir pour nous.

INTRODUCTION

Nous entendons par le mot de pyosalpinx toute collection purulente développée dans la cavité d'une trompe à orifice abdominal oblitéré. La rupture de ces poches purulentes dans le péritoine est possible et détermine rapidement un tableau de péritonite généralisée. Ce sont de ces accidents que nous allons nous entretenir dans notre travail. Nous y rattacherons les cas de ruptures d'abcès de la paroi tubaire, tel que celui décrit par Chevassu dans la communication qu'il a faite dans le bulletin de la Société anatomique en janvier 1910; mais nous laisserons volontairement de côté les cas de péritonite dus à des abcès de l'ovaire ou à des abcès enkystés du péritoine pelvien; de plus, nous ne nous occuperons dans notre thèse que des kystes purulents de la trompe, sans parler des kystes séreux ou hématiques : ces deux dernières variétés de kystes, lorsqu'ils se rompent dans le péritoine, n'entraînent généralement que des accidents passagers sans gravité, leur contenu étant souvent stérile ou, en tout cas, toujours peu virulent. Nous verrons qu'il n'en est pas de même pour les kystes purulents qui, dès leur rupture, se manifestent par un tableau clinique impressionnant. Enfin nous dirons quelques mots des ruptures de pyosalpinx tuberculeux qui se rompent exceptionnellement dans le péritoine libre et évoluent bien plus souvent à la manière d'un abcès froid, c'est-à-dire vers une fistulisation qui se fait jour, soit dans le rectum, soit dans la vessie, soit même à la peau dans la région du pli de l'aine.

Nous rappellerons brièvement l'historique de la question que nous proposons d'étudier. Après quelques don-

nées succintes d'anatomie pathologique, nous traiterons l'étiologie et la pathogénie de cet accident. L'étude clinique en sera faite ensuite, d'abord dans sa symptomatologie générale, puis dans ses diverses formes et dans son évolution. Après quelques mots de pronostic, nous terminerons par l'étude des divers modes d'intervention qui ont été envisagés jusqu'à ce jour.

HISTORIQUE

La question des ruptures de pyosalpinx en péritoine libre est actuellement à peu près mise au point; les controverses que nous avons pu relever dans la littérature ne portant que sur la fréquence de cet accident, les procédés opératoires à envisager et les résultats fournis par les statistiques. Mais la question est surtout connue par les communications et les articles publiés dans les revues et les journaux médicaux, les traités classiques ne consacrant que quelques lignes à cet accident considéré presque par tous comme exceptionnel. Seul Mondor, dans son excellent traité des diagnostics urgents de l'abdomen, présente la question en sa situation actuelle.

La première observation connue est celle de Gendrin, publiée dans la thèse de Verjus en 1844; elle est absolument démonstrative : il s'agit d'une jeune femme de 23 ans, amenée à l'hôpital Cochin en pleine péritonite après avoir fait, quinze jours avant, un avortement d'un mois et demi. Pas d'intervention : elle meurt trois jours après son admission, et l'autopsie pratiquée montre les altérations pathologiques de la péritonite aiguë, un utérus peu malade et surtout des lésions de la trompe gauche constituées par un foyer purulent à son intérieur, communiquant par un orifice à travers la paroi tubaire avec la cavité péritonéale. Depuis cette date, de nombreuses observations isolées furent publiées un peu au hasard jusqu'en 1914.

Signalons le travail, en 1907, de Cotte et Chalier, qui, dans la Revue de Gynécologie et de Chirurgie publient cinq cas de rupture de pyosalpinx en péritoine libre.

Une période silencieuse s'étend de 1914 à 1924. A cette date se place l'excellent mémoire de Huet, résumant les faits antérieurs parus et demeuré classique, et voilà la question à nouveau remise à l'honneur ! Dès lors, les travaux se succèdent presque sans intervention. En 1925, Gardes à Bordeaux, sous la direction du Professeur Guyot, décrit dans sa thèse les ruptures de pyosalpinx en général. Les Professeurs Guyot, Duvergey et Princeteau, en 1926, signalent un cas de rupture de pyosalpinx en péritoine libre fistulisé secondairement dans la vessie et le rectum. Lenormand et Kauffmann, en 1927, Lapeyre, Sabadini, en 1928, publient des articles avec observations. Duval et Ameline nous font part de leur statistique impressionnante : 14 cas, 13 guérisons. Nous citerons encore, et nous en passons, Haller, Paucot, Planson, Desbonnets. Constanduki fait à Paris, en 1930, sous la direction de Quénu et Brindeau, une très bonne thèse où il s'est occupé surtout du traitement et des résultats opératoires.

Pétroff, en 1932, fait une bonne thèse sous la direction de J.-L. Faure.

Signalons à l'étranger l'article de Lawson Tait, dans son traité des « maladies des ovaires », paru en 1868, qui, déjà à cette époque, écrit un chaud plaidoyer en faveur de la laparatomie.

Citons encore les travaux de Bold en 1890 (6 cas), de Bonney en 1909 (15 cas), de Brickner, en 1912 (91 cas). En Allemagne, la thèse de Lübke, de Hambourg, qui réunit 34 cas observés à la clinique d'Eppendorf, de 1900 à 1924.

Enfin, de nombreux cas isolés ont été publiés un peu partout.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On admet généralement que le pyosalpinx se développe dans les deux tiers externes de la trompe; cependant, Gendrin, chez une de ses malades, a trouvé un pyosalpinx gros comme une noisette situé à l'origine utérine de la trompe.

La rupture est unilatérale. Bolt et Suvers signalent pourtant deux cas avec rupture bilatérale.

L'orifice de rupture peut être petit, comparé, soit à une tête d'épingle, soit à une lentille ou encore à une pièce de monnaie (cinquante centimes, cinq francs); dans d'autres cas, il s'agit d'un véritable éclatement de la trompe. Enfin, dans des cas qui sont loin d'être rares, il est souvent impossible de retrouver l'orifice de rupture.

Le pyosalpinx rompu apparaît sous la forme d'une poche plus ou moins affaissée, suivant que le contenu a été évacué en totalité ou en partie seulement. Les parois en sont généralement épaissies; chez une malade de Quénu, l'épaisseur de cette paroi avait atteint un centimètre.

A la coupe, les lésions sont surtout importantes au niveau de la tunique interne dont la surface est rouge, tomenteuse, couverte de fausses membranes.

Les lésions évoluent suivant un processus excentrique, c'est-à-dire de la tunique interne vers la tunique externe, constituée par la séreuse péritonéale.

Ce qui explique que cette dernière n'étant pas ou peu irritée, ne réagit pas le plus souvent par la formation

d'adhérences, ce qui rend possible la rupture de pyosalpinx en péritoine libre. Dans quelques cas, malheureusement trop rares, la séreuse, au cours de poussées évolutives successives de salpingite réagit fortement contre le foyer infectieux et bâtit autour de celui-ci une cloison plus ou moins complète d'adhérences, rendant par cela même impossible la rupture dans la grande cavité péritonéale. Si celle-ci se produit alors, le contenu tubaire se déverse dans cette cavité enkystée; le tableau clinique est beaucoup moins impressionnant, le pronostic meilleur.

Huet en signale un cas. Brin, Lenormand et Kauffmann en rapportent un autre exemple.

Le pus contenu dans la poche est variable : tantôt jaunâtre, tantôt « bouillon sale »; il peut être sans odeur ou plus ou moins fétide. Sa quantité dépend du volume de la poche salpingienne.

Quel est l'agent pathogène le plus souvent rencontré ? Le streptocoque, dit Lübke; le colibacille, dit Constandulaki. Il nous est bien difficile d'avoir une opinion personnelle, l'examen bactériologique n'ayant jamais été pratiqué pour les cas inédits que nous publions dans notre travail. Viennent ensuite le gonocoque, qui est souvent moins dangereux; le staphylocoque, le bacille de Koch.

Beaucoup plus rarement on rencontre dans le pus le bacille d'Eberth ou l'entérocoque; enfin, des associations microbiennes dont quelques-unes très graves, par exemple le coli associé au strepto (Lenormand).

Lésions de l'appareil génital pouvant accompagner le pyosalpinx.

Lorsqu'on fait une laparotomie pour rupture de pyosalpinx, la lésion que constitue le pyosalpinx rompu est rarement unique. On trouve en même temps, soit des lésions utérines, soit des lésions ovariennes, soit des lésions de la trompe opposée.

Sur 74 cas de pyosalpinx opérés que nous avons pu relever à l'hôpital Boursier dans le service de M. le Professeur Guyot, dans 24 cas seulement, il s'agissait d'un pyosalpinx unique; 21 fois le pyosalpinx était bilatéral, dans 2 cas le pyosalpinx coïncidait avec un kyste de l'ovaire, une fois avec un kyste du ligament large, six fois le pyosalpinx s'accompagnait d'annexite; enfin, chez six malades, l'utérus présentait des lésions de métrite, deux fois il était fibromateux.

L'état de l'appendice est souvent mentionné à cause de l'erreur qui a conduit le chirurgien vers la région iléo-cœcale. Le plus souvent il a été trouvé sain. Duval cite un cas d'appendice accolé à une poche salpingienne droite.

Quelles sont les réactions du péritoine motivées par l'irruption du pus à son intérieur ?

Dès l'ouverture de l'abdomen, c'est du liquide séro-purulent, souvent même du pus qui se présente. Il est fétide dans la moitié des cas. Une partie du liquide seulement vient de la poche salpingienne rompue, l'autre partie est constituée par un exudat de réaction péritonéale. Un cas de Cotte est assez démonstratif : il existe, dit-il, une sérosité louche, fétide, abondante et libre dans le péritoine; en arrvant dans le petit bassin, elle devient franchement purulente.

La réaction péritonéale est précoce. Rapidement, les anses grêles avoisinantes sont dilatées, rougeâtres — mais comme jamais, en médecine, il ne saurait y avoir là de règle absolue. Huet a trouvé des anses normales une heure et demie après la rupture de la poche. Chez une autre malade, trois heures après; Lenormand a trouvé une réaction péritonéale presque nulle.

Puis des fausses membranes apparaissent sur la séreuse qui vont se généralisant. Le maximum de réaction péritonéale est toujours au voisinage de la perforation. Cette réaction n'est jamais d'emblée généralisée, mais elle a une marche rapide, diffuse et extensive.

FREQUENCE

Si nous considérons les difficultés que nous avons eues pour recueillir les quelques observations inédites que nous publions dans notre thèse, nous pouvons dire dès à présent que la rupture de pyosalpinx en péritoine libre est un accident rare.

De 1924 à 1934, nous en avons relevé trois cas dans le service de M. le Professeur Guyot, dont un fistulisé secondairement dans la vessie et le rectum, a fait l'objet d'une communication au Bulletin de la Société de gynécologie et d'obstétrique.

Le Professeur Chavannaz nous a dit avoir opéré une malade en trente ans. Lenormand et Kauffmann, dans leur communication de 1927 disent avoir vu cinq cas de rupture pour 560 salpingites opérées.

Bauer, dans sa statistique sur l'étiologie des péritonites généralisées, place la rupture de pyosalpinx au troisième rang (10 fois) après les péritonites d'origine appendiculaires (115 fois), et les péritonites par perforation d'ulcère gastrique (13 fois). Lübke publie une statistique de 24 cas recueillis dans un délai de 24 ans; Duval, 14 cas de 1923 à 1929.

Personnellement, nous apportons six cas nouveaux. Cet accident se rencontre chez la femme en pleine activité génitale de 20 à 40 ans. Les cas extrêmes connus sont celui d'une fillette de 13 ans, l'autre celui d'une femme de 59 ans, tous deux publiés à l'étranger.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

La rupture d'un pyosalpinx peut être due, soit à une cause mécanique, soit à une poussée inflammatoire.

Dans le premier groupe on comprend tous les traumatismes, et il est curieux de voir combien ils sont variés. On a signalé des ruptures :

au cours d'exercices physiques (Bold);
en soulevant un enfant (Poncet);
en montant un escalier (Brin);
au cours d'efforts de défécation (Brickner);
après une chute (Sabadini, Lapeyre);
au cours d'un examen gynécologique;
au moment d'une quinte de toux.

Plus nette est l'influence de l'accouchement. Il semble que dans un grand nombre de cas, la rupture se soit produite dans les deux ou trois premiers jours qui ont suivi l'accouchement. Lawson Tait insiste sur ce fait et déclare que beaucoup de péritonites dites perpuérales ne reconnaissent pas d'autre origine.

Dans de nombreux autres cas, la malade est au repos dans son lit lorsque l'accident survient. Tel est le cas de deux de nos malades dont nous rapportons plus loin l'histoire. La rupture est alors le résultat d'une poussée inflammatoire.

Il ne s'agit plus de rupture au sens propre du mot, mais, selon le mot de Huet, de « perforation ». Leur mécanisme est en effet en tous points assimilable aux perforations appendiculaires ou vésiculaires auxquelles cet accident est comparable. C'est à cette dernière catégorie qu'il faut rattacher les salpingites perforantes sur lesquelles avait au-

trefois insisté Lejars, et dont Poncet a publié un cas : « Salpingite dont la gangrène pariétale, élément essentiel, laisse sourdre dans le péritoine quelques gouttes seulement de liquide purulent.

Un autre mécanisme qui, à priori, pourrait être invoqué pour expliquer la rupture, c'est la surdistention de la poche, par le liquide épanché à son intérieur. Cette théorie semble actuellement abandonnée.

En effet, il s'agit en général de pyosalpinx de petit volume, c'est-à-dire que la distention des parois n'est pas extrême. D'autre part, comme l'a expérimenté Delbet, si on injecte du liquide dans une trompe pour provoquer sa rupture, celle-ci se produit toujours en bas, là où la trompe n'est pas recouverte par la séreuse péritonéale : le liquide s'épanche dans le mésosalpinx et non plus dans la cavité abdominale. Il faut pousser le liquide avec une pression très forte et enfin, dernier argument, d'importance capitale, qui va à l'encontre de la théorie de la rupture par surdistention, c'est que beaucoup de pyosalpinx rupturés restent en communication avec l'utérus par l'orifice interne de la trompe que l'on peut cathétériser (Reymond l'a trouvé perméable 83 fois sur 94 pyosalpinx examinés). Il ne saurait donc, dans ces cas, être question de rupture par surdistention.

Pour résumer ces données pathogéniques élémentaires, nous dirons avec Huet que la rupture peut se produire :

a) Par traumatisme direct, même minime, mais portant toujours sur une trompe dont les parois ont été usées au maximum par le processus ulcéreux.

b) A la suite de poussées inflammatoires :

soit par exaltation de virulence du contenu tubaire;

soit par apport à ce niveau d'une infection exogène (infection post-partum ou post-abortum, infection gonococcique aiguë sur une salpingite ancienne, infection éberthienne au déclin d'une typhoïde, comme dans le cas d'une observation de Gaillard et Chaput, etc...);

c) Plus rarement, il s'agira d'une infection aiguë (gonococcique ou post-abortum) chez une malade apparamment saine de lésions annexielles antérieures et déterminant la rupture.

Cette classification pathogénique a une grosse importance au point de vue du pronostic. Les pyosalpinx anciens à contenu refroidi lorsqu'ils se rompent (véritable rupture) déversent dans la cavité péritonéale un contenu peu septique ou, en tout cas, peu virulent. Donc, pronostic assez favorable.

Les pyosalpinx rompus à la suite de poussées inflammatoires, y déversent au contraire un contenu hyperseptique. Pronostic beaucoup plus sombre.

Nous ne ferons que citer la statistique éloquente de Huet :

10 ruptures traumatiques : 7 guérins, 3 morts.

12 perforations : 4 guérisons, 8 morts.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie est celle d'une péritonite aiguë par perforation d'origine pelvienne. Elle offre plus d'un point d'analogie avec les perforations d'origine appendiculaire. L'accident survient, soit chez des femmes porteuses de lésions annexielles refroidies par le repos ou la vaccinothérapie, soit chez des femmes en état de poussée salpingienne avec exagération des douleurs habituelles et hyperthermie, soit enfin chez des femmes bien portantes, sans passé génital pathologique bien chargé.

Début.

Le début peut se passer sans aucun prodrome. La douleur brutale, véritable coup de poignard, éclate en pleine santé apparente. Souvent, il est précédé par une courte période de un à quatre jours de malaise général et de douleur plus ou moin nette dans le bas-ventre.

Ces prodromes traduisent un réveil infectieux de la lésion. La douleur apparaît ensuite brutale ou simplement brusque devenant rapidement intense.

Dans quelques cas seulement, le début se fait au cours ou au déclin d'une poussée de salpingite. Le développement de la péritonite peut se faire alors, insensiblement, par aggravation progressive. Plus souvent, il est marqué par une recrudescence des douleurs et l'apparition des vomissements.

D'autres fois, il s'agit d'une poussée de salpingite en bonne voie de résolution, quand un léger traumatisme déclanche la rupture de la paroi tubaire. La douleur brutale est encore le premier signe.

Signes.

Quels que soient les prodromes, la douleur est excessivement violente, intolérable, souvent syncopale, fixe, avec des redoublements atroces. Elle est généralisée dans tout l'abdomen, mais a son maximum dans le bas-ventre. C'est là un gros signe qui oriente le diagnostic.

Dans un cas signalé par Gatellier, la douleur avait eu un début sus-ombilical au point de faire faire le diagnostic d'ulcère perforé. Dans un autre cas, du Professeur Guyot, la douleur siégeant dans la région rénale droite avait fait porter le diagnostic de phlegmon périnéphrétique.

Très rapidement les vomissements apparaissent, alimentaires, puis bilieux, en général peu abondants.

L'arrêt des matières et des gaz par occlusion paralytique semble être la règle.

L'état général diffère suivant les malades.

C'est parfois un tableau d'une péritonite diffuse, avec état général relativement peu atteint : pouls rapide, bien frappé, température 39°, faciès anxieux, traits tirés. La malade garde toute sa lucidité.

D'autres fois, c'est le tableau classique du grand shock péritonéal : malade, angoissée, défaillante, répondant difficilement aux questions. Ou bien l'intoxication est profonde d'emblée : la malade est prostrée, inerte, le faciès terreux, pouls misérable, température 40°, ou au contraire, à peine élevée.

En général, pouls toujours rapide, pouvant varier entre 110 et 180, la température est aux environs de 39°.

Les urines diminuées de quantité sont hautes en couleur.

a) Inspection. — L'abdomen est souvent légèrement météorisé. Il est immobile et ne participe pas aux mouvements respiratoires.

Signes physiques.

b) Palpation. — La palpation superficielle, douce, est

très douloureuse et la douleur est généralisée à tout l'abdomen. La palpation profonde est à peu près impossible, à cause de la douleur et de la *contracture.*

La contracture, signe primordial, est précoce, nette, réalisant le classique ventre de trois.

La recherche de la matité dans les flancs se montre positive d'une façon très inconstante, la matité hépatique souvent normale.

c) Le toucher. — Le toucher vaginal d'interprétation difficile, ne semble pas donner les renseignements que l'on pourrait en espérer ni pour le diagnostic de la cause de la péritonite, ni pour la localisation de la rupture. Il provoque à bout de doigt, une douleur extrêmement vive à laquelle Douay a attaché une importance considérable. Tout essai de mobilisation du col est extrêmement douloureux.

L'état des culs-de-sacs est variable : tantôt libres et douloureux, avec un maximum net de la douleur, exquise dans le Douglas ou dans un des culs-de-sacs latéraux correspondant au pyosalpinx rompu; tantôt comblés par une masse de dimension variable et plus ou moins douloureuse.

Le toucher acquiert une valeur pathognomonique lorsque, pratiqué chez une femme connue, chez laquelle on avait constaté une masse annexielle, on ne retrouve plus cette masse; ce détail accompagnant le tableau dramatique que nous avons décrit précédemment.

La ponction du Douglas, opération parfaitement logique, n'est jamais pratiquée. Elle peut être d'un grand intérêt pour le diagnostic différentiel entre une rupture de pyosalpinx et une rupture de grossesse tubaire. Au point de vue pratique, son intérêt est beaucoup moindre, puisque, dans les deux cas, il faut intervenir.

Hématologie.

La leucocytose abondante confirmerait la nature septi-

que des accidents, mais elle n'a aucune valeur pratique en matière de chirurgie d'urgence.

Antécédents.

Rechercher toujours avec minutie les antécédents génitaux de la malade : antécédents gonococciques, troubles des règles qui sont fréquents et peuvent créer des confusions avec la grossesse tubaire.

Accouchements ou avortements à suite septique.

DIAGNOSTIC

I. — *Diagnostic positif.*

Nous ne nous étendrons pas longtemps sur l'ensemble des symptômes qui permettent d'établir le diagnostic positif. Nous les avons déjà étudiés dans le chapitre précédent. Remarquons toutefois que ce diagnostic positif sera souvent difficile, les modalités d'apparition et d'intensité des symptômes variant assez souvent suivant les cas.

Le diagnostic positif passe par deux étapes :

a) Diagnostic à la péritonite par perforation;

b) Diagnostic de la perforation salpingienne, c'est-à-dire de localisation de la lésion.

Le diagnostic de la péritonite par perforation est en général évident. Le début violent et brusque, la contracture abdominale ne laissent place, le plus souvent, à aucun doute. Ajoutons à cela le caractère de la douleur extrêmement vive, à siège pelvien. La notion d'un antécédent génital infectieux : accouchement ou avortement septique, gonococcie mal soignée.

Le diagnostic de la perforation salpingienne : le toucher en révélant les lésions annexielles permettra de localiser le siège de l'affection. Quelquefois même, Legueu a pu constater l'affaissement de la poche tubaire; celui-ci s'est produit sous la main au moment du toucher. Mais fréquemment, cette notion de l'évolution génitale manque et le diagnostic devra s'appuyer sur d'autres signes. Aucun d'eux n'est pathognomonique, mais leur ensemble peut être assez caractéristique pour imposer le diagnostic. Ce sont :

le début sous-ombilical de la douleur;

le maximum de la contracture et de la douleur dans la région hypogastrique;

les signes fournis par le toucher;

la notion de crises nettes plus ou moins récentes de salpingite. Mais il ne faut pas se dissimuler que ce diagnostic est bien souvent impossible, certains de ces signes faisant défaut ou étant peu marqués.

II. — *Diagnostic différentiel.*

Nous passerons en revue les principales affections avec lesquelles la rupture de pyosalpinx en péritoine libre peut prêter à confusion.

a) Diagnostic de la péritonite par perforation;

La douleur revêt les mêmes caractères. S'il s'agit d'une lésion annexielle droite, on pourra confondre les deux affections. Cependant, en cas de perforation d'un appendice normalement situé, le siège plus élevé de la douleur pourra orienter le chirurgien vers le diagnostic de perforation de l'appendice. Mais lorsque l'appendice est pelvien, le siège de cette douleur ne donne aucun renseignement au point de vue du diagnostic différentiel entre ces deux affections. Il faudra alors se baser sur les antécédents et les renseignements fournis par le toucher vaginal.

Disons que souvent le diagnostic différentiel est impossible, peut-être plus simple dans le cas de perforation d'une trompe gauche.

b) La rupture de grossesse tubaire.

Le début brutal par une douleur syncopale peut s'observer dans les deux cas. La pâleur et l'anxiété sont communes aux deux affections, mais il est un caractère différentiel auquel le professeur Bégouin attache une importance considérable. C'est que cette pâleur, dans le cas de grossesse tubaire rompue est progressive.

On recherchera dans les antécédents la suspension des règles, l'existence de pertes antérieures brunâtres survenant après quelques coliques qui pourront faire penser à

une grossesse tubaire rompue.

On a donné comme bon signe de diagnostic différentiel l'élévation thermique qui accompagne la rupture de pyosalpinx. Celle-ci ferait défaut dans la rupture de grossesse tubaire, mais on observe fréquemment une température de 38° dans ce dernier cas. L'état de la paroi abdominale est aussi différent dans les deux cas : souple dans les hémorragies péritonéales, fortement contracturée dans la rupture de pyosalpinx.

c) La torsion d'un kyste de l'ovaire ou d'une trompe saine.

Dans ce cas, la température dépasse rareemnt la normale. De plus, il s'agit d'une femme qui a présenté souvent cet accident, et la notion de répétition de ces symptômes a une très grosse valeur au point de vue diagnostique.

d) La pelvi-péritonite.

C'est de beaucoup le diagnostic différentiel le plus délicat. Une poussée de pelvi-péritonite peut donner lieu à des accidents d'allure aussi inquiétante qu'une rupture de pyosalpinx. Mais si, dans les cas précédemment examinés, l'intervention s'impose, elle est beaucoup plus nuisible qu'utile dans ce dernier cas, d'où l'importance d'un diagnostic exact.

Dans la pelvi-péritonite, la douleur peut être vive, mais il est rare qu'elle soit aussi soudaine, aussi brutale que dans le cas de rupture de pyosalpinx. Les signes généraux ont aussi une allure un peu différente, la température dans la pelvi-péritonite, est aussi élevée, le pouls rapide, mais l'anxiété et l'angoisse sont beaucoup moins marquées.

La contracture de la paroi abdominale débute dans la région hypogastrique, elle a une tendance extensive, mais gagne bien tardivement les parties hautes de l'abdomen, tandis qu'elle est souvent d'emblée généralisée à tout l'abdomen dans la rupture du pyosalpinx.

Les signes différentiels fournis par le toucher sont imprécis. Dans les deux cas, il est très douloureux et on sent, en général, un empâtement du pelvis souvent prédominant dans le Douglas, mais empiétant largement dans les culs-de-sacs latéraux.

Enfin, au point de vue de l'évolution, tandis que la pelvipéritonite est améliorée par le repos au lit et la glace, la laparotomie est la seule thérapeutique qui convienne dans une rupture de pyosalpinx pour obtenir un mieux-être de la malade.

Nous ne citerons que pour mémoire et sans les commenter, des cas beaucoup plus rares où la rupture de pyosalpinx en péritoine libre, se présente sous un tableau clinique qui a pu faire penser à une perforation d'ulcère gastrique, à une perforation de la vésicule biliaire, à une pancréatite hémorragique, à une perforation intestinale d'origine typhique, constituant le premier signe de la maladie, ou même à un phlegmon néphrétique, comme c'est le cas dans une observation que nous rapportons.

EVOLUTION

Il existe des formes suraiguës dont l'évolution est foudroyante : la mort survient en 24 heures, même après une intervention pratiquée dans les premières heures. Cette péritonite suraiguë : « fulmigating péritonitis » des auteurs américains est plutôt rare.

Sans doute s'agit-il dans ces cas-là d'une décharge microbienne dans le péritoine à forme extrêmement virulente où la quantité de pus déversé a-t-elle été trop abondante ?

Mais, en général, abandonnée à elle-même, l'évolution dure de cinq à sept jours sous forme de péritonite purulente et aboutit à la mort.

Enfin, dans des cas très rares, et c'est le cas des pyosalpinx rompus à contenu stérile, on a vu des malades qui guérissent après intervention tardive pratiquée le septième ou huitième jour après le début de l'accident.

Quoi qu'il en soit, l'évolution vers une guérison spontanée ne saurait être en aucun cas envisagée.

Quelle en est l'évolution post-opératoire ?

Opérée tôt, la malade guérit quelquefois de sa péritonite, mais la suppuration prolongée du trajet de drainage retarde souvent la guérison définitive, à moins qu'une complication pleuro-pulmonaire (observation II), trop souvent hélas ! gangréneuse, ne mette un terme à la partie qu'avait gagnée le chirurgien.

PRONOSTIC

Nous nous sommes un peu étendus dans le chapitre précédent sur la complication rare que constitue la rupture d'un pyosalpinx en péritoine libre. Huet en avait relevé une centaine de cas dans la littérature médicale, faible pourcentage, si l'on songe à l'extrême banalité du pyosalpinx. Malheureusement, le peu de fréquence de cet accident est largement compensé par un pronostic extrêmement grave.

Il dépend surtout de deux facteurs :

La précocité de l'intervention et la virulence du germe. Tous les auteurs sont d'accord à ce sujet. Si l'on s'en rapporte à la statistique de Huet la mortalité opératoire qui n'est que de 10 % pour les cas opérés pendant les douze premières heures, passe à 13 % pour les opérations pratiquées entre la douzième et la vingt-quatrième heure et devient égale à 76 % pour les malades opérées après la vingt-quatrième heure. Duval et Ameline dans leur statistique heureuse de 1929 : 14 cas, 13 guérisons, signalent que toutes leurs malades ont été opérées entre la sixième et la quarantième heure qui a suivi l'accident; la seule malade morte a été opérée huit jours après la rupture de son pyosalpinx.

Pour ce qui est de la virulence du germe nous avons signalé dans un chapitre précédent une statistique de Huet prouvant une mortalité très élevée dans le cas de perforation, moins grande dans le cas de rupture.

D'autres éléments interviennent pour traduire la gravité de certains cas; ce sont : le pouls hypotendu et qui dépasse

140, l'abattement des malades que l'on doit parfois tirer de la torpeur pour obtenir une réponse, la contracture immédiate généralisée de l'abdomen. Ce tableau clinique se retrouve dans les cas où il y a une grande quantité de liquide purulent dans l'abdomen. Huet fait jouer un rôle à la quantité de pus épanché : « les malades qui présentent, sans avoir été mises en position déclive, du pus au-delà du mésocolon sont d'emblée, quelque précoce que soit l'intervention dans un état à peu près désespéré ».

La nature du germe joue peut-êtrè aussi un rôle important. Nous avons vu que le streptocoque et le coli sont les plus virulents, le gono et le staphylo le sont beaucoup moins et les péritonites où le pus a été trouvé amicrobien ont souvent guéri. Nous regrettons avec Huet que l'examen systématique du pus péritonéal ne soit nulle part pratiqué, car c'est là, un sérieux témoin pour le pronostic post-opératoire.

Au point de vue pratique, en dehors des considérations cliniques, de l'état général plus ou moins défectueux de la malade, le pronostic sera basé surtout sur la précocité plus ou moins grande de l'intervention et peut-être aussi la notion des antécédents qui permet de prévoir tel ou tel germe en cause, mais dans tous les cas, si nous nous en rapportons à nos observations qui n'ont jamais été publiées, nous sommes obligées de conclure que le pronotic est toujours d'une exceptionnelle gravité.

TRAITEMENT

Le diagnostic étant posé, l'intervention d'urgence ou dans le plus bref délai possible s'impose.

Aucune contre-indication ne saurait être admise : ni l'état général le plus souvent mauvais de la malade, puisque l'intervention est sa seul chance de salut, ni le shock, car si ce dernier s'atténue, la péritonite qui est autrement grave ne tardera pas à emporter la malade.

Ne jamais attendre du sérum ou de l'huile camphrée une résurrection sensationelle. Dans tous les cas, l'abstention est un arrêt de mort d'une telle certitude que tous les auteurs sont unanimes sur ce point.

L'intervention la plus simple qui ait été proposée est la colpotomie pure et simple avec drainage du Douglas, mais elle ne saurait être qu'un pis aller, excusable seulement dans les cas désespérés et d'une utilité très contestable.

Toutes les autres interventions successivement préconisées ont emprunté la voie abdominale. Chaque auteur défendant un mode d'intervention qu'il croit être le meilleur, aux statistiques on a répondu par d'autres statistiques, et l'accord est loin d'être réalisé. Si l'on tient compte d'une part que les résultats publiés ne portent généralement que sur un nombre assez restreint d'observations, et que, d'autre part, on ne peut y faire entrer ni la gravité des cas, ni l'habileté de l'opérateur, on reconnaît aisément qu'il ne faut pas attacher trop d'importance aux statistiques, mais bien plutôt dans les cas délicats, se fier à son bon sens.

Examinons successivement quelles sont la valeur et les indications de chacune des interventions proposées depuis la laparotomie avec simple drainage jusqu'à l'opération

idéale : l'intervention curatrice avec, s'il est besoin, péritonisation et fermeture sans drainage.

La laparotomie avec drainage pur et simple semble condamnée : Comme la colpotomie avec drainage du Douglas, dont nous disions plus haut quelques mots, elle ne saurait être admise que dans les cas désespérés, et dans tous les autres cas, doit être, à notre avis, déconseillée. Cependant, Sabadini, d'Alger, la préconise formellement : il extériorise la trompe malade, agrandit son orifice abdominal, l'exprime, la vide... la replace dans le ventre et applique un Mickulicz. Bien que l'auteur apporte deux succès, cette ligne de conduite est absolument illogique et dangereuse, et les critiques n'ont pas manqué, car, comme l'a dit si justement Lecène, si l'opération doit être minima, elle doit être aussi pathogénique.

C'est ce que réalise la salpingectomie unilatérale, suivie de drainage. Pour la plupart des auteurs, cette opération apparaît la plus logique et la plus facile à exécuter tout en réalisant les deux buts que le chirurgien se propose : arrêter les progrès de la péritonite par le drainage, et supprimer la cause de la péritonite par l'ablation de la tompe rompue.

Cette salpingectomie peut être bilatérale, si la trompe opposée présente aussi un salpinx. Cette opération préconisée par de nombreux auteurs, Desbonnets, à Lille, en particulier, comporte de nombreux partisans. La statistique de Desbonnets permet de la considérer sous l'aspect le plus favorable : 34 opérations, 29 guérisons, 5 morts.

L'hystérectomie subtotale a, elle aussi, de nombreux défenseurs : J.-L. Faure, Guyot, Lapeyre. C'est une opération plus grave, plus longue et, par conséquent, plus traumatisante pour les malades déjà bien fatiguées. Elle ouvre plus largement l'espace cellulaire sous-péritonéal; cependant, il est très logique de l'employer si l'état général le permet et si l'utérus présente lui-même des lésions ou des fibromes.

En outre, elle a l'avantage, sur la salpingectomie uni ou bilatérale de permettre la réalisation d'un drainage beaucoup plus efficace.

L'hystérectomie totale semble, par contre, d'une utilité très contestable. Elle réalise un délabrement considérable du petit bassin et fait perdre souvent à la malade une grande quantité de sang.

La péritonisation s'avère ensuite souvent difficile, mais elle a l'immense avantage de permettre un drainage large à la fois par l'abdomen et le vagin. Elle est préconisée par Lenormand, et, à Bordeaux, par le Professeur Charrier.

Le Drainage.

Une autre question, qui a soulevé aussi beaucoup de polémiques est celle du drainage.

Théoriquement, et puisqu'il est des cas où le pus est stérile, on pourrait admettre dans certaines éventualités favorables (salpingite ancienne et apyrétique, opération très précoce) la fermeture sans drainage après l'ablation du pyosalpinx rompu.

Mais, comme en chirurgie d'urgence, il n'existe aucun critérium permettant de prévoir la septicité ou la non septicité du liquide intra-péritonéal, il est toujours très imprudent de refermer l'abdomen sans drainer.

Le Professeur Vincent, de Lille, en rapporte un cas dans la thèse de Prévost, en 1931, dont nous publions plus loin l'observation.

Dans la majorité des cas, quel que soit le genre d'intervention pratiqué, l'opération se termine par un drainage réalisé, soit à l'aide de tubes de caoutchouc, soit au moyen de mèches de gaze enfermées dans une poche de gaze réalisant le Mickulicz, suivant la très vieille conception de son auteur, à la manière de J.-L. Faure.

Il n'y a pas lieu d'analyser les mérites respectifs des deux procédés, mais « les quelques cas de pyosalpinx rompus où on a placé un Mickulicz, n'ont pas donné de résultats tels que la supériorité de cet artifice apparaisse d'une

manière évidente » (Lenormand), mais il semble cependant employé de préférence par la plupart des auteurs, il l'a été dans tous les cas inédits que nous rapportons plus loin.

Par quelle voie sera-t-il pratiqué ?

Par voie vaginale, à la suite de colpotomie et comme drainage adjuvant dans l'hystérectomie totale, par voie abdominale dans les autres cas. Enfin, il peut être mixte par les deux voies précédemment citées.

En résumé, il ne peut y avoir aucune règle absolue de technique opératoire. Tous les cas sont affaire d'espèce, et le chirurgien doit savoir être éclectique. Néanmoins, les interventions les plus souvent pratiquées sont la salpinjectomie uni ou bilatérale, et l'hystérectomie subtotale. Toutes les deux suivies d'un drainage par le sac de Micculicz. ,

Ne jamais rester dans l'expectative, même dans *les cas les plus désespérés,* l'intervention est la seule chance de salut.

Observation *I*

Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.

M^me^ L..., transportée d'urgence à la Maison de Santé de la rue d'Arnal, le 5 juillet 1926, pour être opérée par M. le Professeur Guyot.

M^me^ L..., mariée à un voyageur de commerce, a eu deux enfants tous les deux vivants, bien portants. Les deux accouchements ont été normaux, pas de fausses couches. Depuis longtemps, l'origine n'en a pu être précisée, cette malade présentait des pertes jaunâtres, à odeur un peu forte et tachant le linge. Règles régulières.

Elle souffrait du ventre par périodes, mais sans y prêter grande attention.

Le 4 juillet, présentant des douleurs plus fortes, elle se décide à faire appeler le docteur Leduc, de La Bastide, qui demande à la famille une consultation avec le Professeur Guyot.

La consultation a lieu le 5 juillet à 12 heures. Le Professeur Guyot porte le diagnostic de pyosalpinx et, craignant la rupture de la poche, décide d'intervenir le plus tôt possible.

On décide donc de faire transporter la malade, dans la journée, à la Maison de Santé de la rue d'Arnal. Mais le Professeur Guyot spécifie bien que la malade ne doit marcher sous aucun prétexte, celle-ci, pour descendre l'escalier de son appartement, devant être transportée sur un brancard.

Dans le courant de l'après-midi, au moment de descendre la malade, on constate que l'escalier est trop étroit et on décide, pour ce faire, d'asseoir M^me^ L... sur une chaise pour aller jusqu'à l'ambulance qui stationne devant l'immeuble.

Pendant la descente, la malade sent tout à coup une dou-

leur atroce dans le ventre, qu'elle compare à « un coup de poignard ».

Opérée à 20 heures le 5 juillet par M. le Professeur Guyot. Décédée dans la journée du 7 juillet.

Observation II

Inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.

A. F..., 28 ans, entre le 19 janvier 1930, dans le service de M. le Professeur Guyot, transéatée du service de M. le Professeur Andérodias, pour être opérée d'urgence.

Antécédents héréditaires : mère vivante, bien portante; père décédé à 44 ans de congestion pulmonaire.

Antécédents personnels : mariée depuis un an, réglée à 14 ans. Règles régulières très douloureuses, peu abondantes durant cinq jours. Une rougeole dans l'enfance.

La malade a accouché normalement le 15 décembre dans le service de M. le Professeur Andérodias d'un enfant vivant bien portant. Cest la première grossesse de la malade qui n'a jamais, par ailleurs, fait de fausses couches. Deux jours après l'accouchement, le 19 décembre, la malade fait une légère poussée de température ne s'accompagnant d'aucun symptôme douloureux. Les lochies sont normales. Les seins, de coloration normale, ne présentent rien de suspect.

Cependant, la température monte progressivement pour atteindre 40°, le 31 décembre. A ce moment, la malade accuse une douleur dans le bas ventre, prédominant du côté droit. Cette douleur est encore très imprécise, présente des exacerbations paroxystiques durant une heure, une heure et demie.

Le 4 janvier, tandis que la température reste à 40°, les douleurs abdominales disparaissent remplacées alors par d'autres localisées dans la région rénale droite. A la palpation, on perçoit une tumeur volumineuse mobile sur le plan profond, logée dans la région rénale droite.

L'examen cytobactériologique des urines montre de nombreux polynucléaires neutrophils, des cellulesépithéliales, quelbreux polynucléaires neutrophiles des cellules épithéliales, quelques hématies, de nombreux cylindres. Pas de BK. 2 gr. 50

Par ailleurs, le dosage de l'urée sanguine a montré 0 gr. 63 d'urée par litre de sang.

Tension artérielle : Mx 14, Mn 8, Indice 2½.

Le 18 janvier, à 5 heures du matin, alors qu'elle repose dans son lit, la malade est prise brusquement d'une douleur vive dans la fosse-iliaque droite, accompagnée d'une sensation de déchirement. La douleur se généralise rapidement et envahit le bas ventre.

Examinée par le professeur Guyot, qui a été appelé dans la matinée du 19 janvier, la malade présente un peu de ballonnement du ventre avec hypéresthésie très marquée. La région lombaire droite est très douloureuse, le point de Mac Burney très positif. Par ailleurs, langue saburrale, nez pincé, yeux excavés.

Température 40°, pouls rapide à 120.

Devant la complexité du syndrome le professeur Guyot pense à un phlegmon périnéphrétique et décide d'intervenir d'urgence.

Une lombotonie droite est d'abord pratiquée, qui montre seulement un rein un peu gros. La plaie opératoire est refermée et une laparotomie est ensuite pratiquée le long du bord externe du grand droit du côté droit. Dès l'ouverture du péritoine du pus s'écoule en dehors et on ne tarde pas à découvrir une poche purulente rompue siégeant sur la partie externe de la trompe droite, très augmentée de volume et de couleur violacée.

On met un gros drain dans la trompe, un Mickulicz avec trois mèches et on referme en un plan la plaie opératoire. Durée de l'opération, 40 minutes. Malgré la laparotomie, l'état de la malade reste grave, une broncho-pneumonie s'annonce et la malade meurt le 21 janvier, à 8 heures du matin.

Observation III

Inédite, due à l'obligeance de M. le Docteur Magendie.

M. L..., 40 ans, entre le 23 juillet 1932 dans le service de M. le Professeur Bégouin.

Surveillée par M. le Professeur Bégouin depuis quelques semaines pour un fibrome pelvien non compliqué du volume des deux poings. Cette femme est prise, la veille de son entrée à l'hôpital de douleurs très violentes à type de coliques, siégeant dans le bas-ventre, pour lesquelles on émet l'hypothèse de nécrobiose d'allure assez aiguë.

En l'espace de 24 heures, modification très rapide et alarmante des symptômes. Douleurs de plus en plus vives généralisées à tout l'abdomen. Vomissements bilieux répétés. Pas de gaz . L'état général est très altéré : faciès péritonéal pouls à 110, très petit, mais pas de température. A l'examen : Abdomen considérablement ballonné et tendu. La pression est partout douloureuse. Par ailleurs, l'examen est négatif.

On conclut à une péritonite généralisée avec occlusion paralytique, forme grave, très rapide et sceptique dont l'origine ne peut être précisée mais dont le début parait avoir été pelvien.

Opérée dès son entrée dans le service, le 23 juillet 1932, par M. le professeur Bégouin.

Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

A l'ouverture du ventre, issue d'une grande quantité de pus provenant surtout du côté gauche. On met une pince à demeure sur le pédicule d'une trompe qui semble à l'origine des accidents.

Fermeture en un plan aux fil de bronze.

Drain numéro 4 et mèches.

Suites : Lavages d'estomac bi-quotidiens. Prosthigmine. Malgré cela, ballonnement persistant, langue sèche, urines

rares. Ablation de la première mèche le 28 juillet. Mais la respiration s'accélère, le ballonnement augmente. Arrêt des gaz et des matières. On fait sous anesthésie locale une courte incision dans la fosse iliaque droite. On tombe sur un appendice malade. Mèches et cœcostomie le 30 juillet 1932. La malade est amenée par sa famille, et meurt en arrivant chez elle, le 31 juillet.

Observation IV

Inédite, due à l'obligeance de M. le Docteur Massé.

F. G... 23 ans, entre à l'hôpital Saint-André le 29 juin 1923 dans le service de MM. Charbonnel et Massé parce qu'elle souffre violemment du ventre depuis 4 jours.

Antécédents : rien à signaler dans l'enfance. Régulièrement réglée depuis l'âge de 13 ans. Chaque période mensuelle dure 5 ou 6 jours avec pertes sanguines assez abondantes.

Pertes verdâtres, sentant mauvais et empesant le linge entre les règles.

Mariée, une grossesse terminée il y a 2 ans 1/2 par un accouchement normal. Depuis cet accouchement, la malade toujours plus ou moins fatiguée, souffre du ventre de temps en temps. Constipation opiniâtre depuis l'enfance.

L'affection qui a conduit la malade à l'hôpital a commencé par des douleurs dans le bas-ventre ayant la même situation que celles ressenties par elle depuis son accouchement, mais plus intense. Ce syndrome douloureux s'est manifesté dans la soirée du 25 juin; à ce moment la malade qui était réglée depuis trois jours et avait perdu abondamment, a vu ses règles disparaître brusquement dans la nuit du 25 juin au 26 juin en même temps que les douleurs devenaient plus fortes.

Localisées d'abord dans le bas-ventre du côté gauche, les douleurs au dire de la malade se sont, dans la nuit généralisées à tout l'abdomen.

Dans la matinée du 26, malgré une bien mauvaise nuit, elle

se lève comme d'habitude pour vaquer à ses occupations, et tente même de laver du linge, mais son malaise s'accroissant d'heure en heure, elle set obligée de se recoucher.

Dans l'après-midi du lundi 26, les premiers vomissements apparaissent, abondants et alimentaires.

La journée du lendemain 27 est marquée par une diminution des vomissements, mais apparition de la diarrhée qui contribue à fatiguer davantage la malade, en même temps diminution de la quantité des urines, la journée du 28 n'ayant amené aucune amélioration, l'entourage de la malade décide le jeudi 29 de la conduire à l'hôpital.

Transportée immédiatement dans le service de MM. Charbonnel et Massé, la malade est aussitôt examinée par M. le docteur Massé.

Malade très fatiguée, prostrée, nez pincé, yeux excavés, température 39°, pouls 120.

Douleurs violentes abdominales, étendues à tout l'abdomen mais semblant plus intenses dans toute la région hypogastrique. La diarrhée qui s'était déclarée dans la journée du mardi 27, semble arrêtée et a fait place à un arrêt complet des matières.

La palpation abdominale, même légère, provoque des douleurs extrêmement violentes. L'abdomen légèrement météorisé, on sent une contracture très nette dans toute la région hypogastrique.

Le docteur Massé porte le diagnostic de péritonite généralisée et malgré l'état très grave de la malade décide d'intervenir d'urgence.

Anesthésie à l'éther.

Incision latérale droite.

Dès l'incision du péritoine, on voit sourdre du liquide bouillon sale qui vient du petit bassin. Les anses intestinales sont dépliées, rouges. L'appendice est sain, mais on trouve au milieu d'adhérences extrêmement serrées, un pyosalpinx droit rompu d'où sort un flot de pus que l'on assèche par aspiration. La malade étant dans un état misérable, on ne tente pas l'ex-

tirpation de la trompe et on place un Mickulicz au contact.

Malgré la rapidité de l'intervention, la malade meurt sur la table d'opération.

OBSERVATION V

Inédite, due à l'obligeance de MM. les docteurs

Guérin et Laporte

Provenant du service de M. le Professeur Duvergey.

A. I... 37 ans, hospitalisée depuis plusieurs jours dans le serbice de M. le Professeur Duvergey pour salpingite traitée par le repos au lit et glace sur le ventre. Dans la nuit du 25 au 26 août 1934, les douleurs abdominales deviennent extrèmement violentes en même temps qu'elles se généralisent à tout l'abdomen, la malade vomit deux fois.

Examinée dans la matinée par M. le Docteur Laporte qui porte le diagnostic de péritonite généralisée par rupture de pyosalpinx.

Intervention immédiate.

Anesthésie générale au balsoforme.

La cavité abdominale ouverte par une incision médiane sous-ombilicale, on trouve un pus abondant inondant les anses intestinales qui sont recouvertes de plaques de sphacèle, en même temps que se dégage de la plaie opératoire une odeur très fétide.

Pyosalpinx droit rupturé. On enlève le pus par aspiration. Hystérectomie totale.

Bacté-pyophage dans l'abdomen.

Drainage très important de la cavité abdominale par Mickulicz et drain vaginal.

Sérum Clin sous la peau : 10 cc.

Meurt dans la journée du lendemain, 27 août.

OBSERVATION VI

Dûe à l'obligeance de Monsieur le Docteur Guérin

Provenant du service de M. le Professeur Duvergey.

C. D..., 30 ans, Hospitalisée le 10 Janvier 1931 dans le service de Monsieur le Professeur Sabrazès avec le diagnostic de fièvre typhoïde, mais séro-diagnostic négatif, hémoculture négative.

En réalité fausse couche. Curage utérin dans le service le 12 janvier 1931,

A la suite du curage, frissons, poussée thermique à 40°, pouls 110. Ces signes généraux sont accompagnés de douleurs au niveau du point ovarien droit et du point appendiculaire.

A l'examen, ballonnement du ventre, un peu de défense musculaire.

L'état reste stationnaire jusqu'au 27 janvier. On se décide alors de transéater la malade dans le service de Monsieur le Professeur Duvergey.

Dans la journée du 27 janvier, aggravation des signes généraux : pouls 120, température 38°5.

La défense musculaire augmente.

Le Docteur Barthélémy, Médecin- Résident, se décide à intervenir.

Dès l'ouverture du péritoine, un flot de pus vient baver sur le champ opératoire. On découvre un pyosalpinx droit rompu. L'état général grave de la malade ne permettant pas une longue opération, on décide une intervention minima : Mickulicz, et drainage vaginal par colpotomie.

La malade étant très fatiguée, les suites opératoires sont longues, mais néanmoins bonnes.

Seconde intervention le 2 mai 1931.

Laparatomie médiane : mauvaise paroi. L'annexe droite qui avait donné le pyosalpinx est absolument cicatrisée et très petite.

L'annexe gauche est congestionnée.

L'utérus volumineux.

L'examen de la pièce montre un fond utérin congestionné, un ovaire droit scléreux et, au niveau de l'ovaire gauche un kyste de la grosseur d'une noix avec hemmorragie intra-kystique.

Suites opératoires normales : la malade sort guérie le 20 mai 1931.

Hystérectomie subtotale.

Observation VII

Lenormand et Kauffmann

Presse médicale du 30 juillet 1927

M. W... 27 ans, entrée pour des métrorragies et des douleurs abdominales après un retard de régles de quelques jours. Au toucher on sent sur la paroi pelvienne droite assez bas, une masse paraissant fluctuante et bien limitée. Le diagnostic est hésitant entre hématosalpinx et salpingite.

Le lendemain douleurs plus vives et empâtement diffus autour de l'utérus, en même temps que la température s'élève.

Opération, le 22 mai 1925, rachianesthésie.

Incision médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du ventre, les anses intestinales rouges, sans adhérences, et l'épiploon, baignent dans une certaine quantité de pus, libre qui remplit le bassin. Deux gros pyosalpinx mobiles encadrent l'utérus. Le pus provient de la trompe droite qui présente une petite perforation à sa partie moyenne, laissant sourdre le liquide.

On éponge le pus et on pratique une hystérectomie totale.

Ligature des pédicules; surjet sur la tranche vaginale postérieure qui saigne beaucoup.

Drain et mèche dans le vagin; surjet colo-vésical.

Suture de la paroi en trois plans sans drainage.

La malade sort 17 jours après l'intervention.

OBSERVATION VIII

Malade de MM. Camelot et Vincent

in thèse Prévost (*Lille* 1931.)

Germaine C... 29 ans, entre d'urgence le 26 mars 1931. Dans le service de Monsieur le Professeur Camelot pour appendicite aiguë avec péritonite.

Dans ses antécédents, on trouve une fièvre typhoïde suivie de broncho-pneumonie; un enfant prématuré mort à 2 mois, une fausse couche de 7 mois, un enfant mort à 6 mois d'entérite, un enfant mort à 2 ans de tuberculose.

Le père de ces 3 enfants est lui-même mort tuberculeux.

Enfin un enfant de 3 ans et demi actuellement très bien portant et né d'un autre père. Les accouchements ont toujours été normaux.

Elle souffre de douleurs dans le bas-ventre depuis 3 mois.

Elle avait des pertes blanches depuis le début de son mariage, mais elles sont devenues jaunes depuis un mois. A peu près au même moment, la malade a ressenti des douleurs à la miction; soignées par son médecin, elle a été traitée par le Bleu de Méthylène et des injections de permanganate.

La veille de son entrée à l'hôpital, le 25 mars après-midi, des douleurs violentes apparaissent dans le bas-ventre et augmentent dans la soirée. La malade va cependant au cinéma. Pendant le spectacle, les douleurs deviennent de plus en plus

violentes, la malade rentre péniblement chez elle et se couche. Elle dort mal. Le lendemain matin, elle se lève comme d'habitude, mais est obligée de se recoucher dans le courant de la matinée. Vue à 12 heures par le Professeur Vincent.

A ce moment, la malade souffre violemment de la fosse iliaque droite. Elle n'a pas vomi.

Examen : taciès vultueux.

La partie inférieure de l'abdomen ne respire plus. On constate de la défense musculaire étendue à tout l'hypogastre. Contracture dans la fosse iliaque droite. C'est à ce point que la douleur est maxima.

Le toucher vaginal est très pénible à cause de la douleur provoquée. Le cul de sac droit présente une sensibilité extrême, mais on n'y sent aucune masse.

La température est de 37°8, pouls 100 bien frappé.

En raison de l'absence de signes objectifs au toucher et du mode de début progressif, on porte le diagnostic d'appendicite aiguë avec péritonite. La malade est immédiatement transportée à l'hôpital et opérée par M. le docteur Vincent. Anesthésie au Schleich. Incision de Whalter.

Dès l'ouverture du péritoine, sort du pus libre, mais les anses intestinales sont normales, sans grande réaction congestive. On s'assure rapidement que l'appendice est normal, et on sent dans le petit bassin, une masse sur le côté droit du pelvis.

On fait alors une laparatomie médiane sous-ombilicale. A droite, on trouve un salpinx de la taille d'un gros œuf; près du pavillon, près de l'ostium abdominale, on trouve une petite perforation de la grosseur d'une tête d'épingle, non entourée d'une zone sphacélique et par où sort le pus. A gauche, il existe un salpinx un peu moins volumineux et non perforé.

A cause du second salpinx, on pratique une hystérectomie subtotale et on péritonise. Enfin, les deux cicatrices opératoires sont refermées en trois plans sans Mickulicz et sans drainage, après un lavage à l'éther de la cavité péritonéale.

Les suites sont normales, sauf une suppuration superficielle des deux cicatrices opératoires.

La malade sort guérie, le mois suivant.

Examen de la pièce. — Les deux poches salpingiennes étaient libres, sans adhérences. Le pus, assez mal lié, sortait de la perforation de la trompe droite.

La pièce fut transportée au laboratoire où on préleva du pus dans un délai minimum. L'examen montra presque exclusivement des polynucléaires, sans microbes visibles. Les cultures de pus restèrent également négatives.

Il ne fut malheureusement pas pratiqué d'examen histologique de la pièce.

OBSERVATION IX

Malade de M. le Professeur Camelot,

in thèse Porcher.

Les accidents aigus de la tuberculose annexielle.

M^lle D..., antécédents chargés.

A 14 ans, affection fébrile de six semaines étiquetée typho-bacillose. Un an après, poussée de rhumatisme probablement tuberculeux, puis péritonite et pleurésie. Soignée depuis lors, comme bacillaire, mais sans lésions pulmonaires. A fait plusieurs séjours en Savoie. Réglée à 13 ans, irrégulièrement et avec douleurs.

Le 20 mars 1929, quelques douleurs dans le côté droit du bas-ventre, avec un peu de température faisant porter le diagnostic d'appendicite légère. Dans la nuit du 26, elle est prise de douleurs très violentes dans la fosse iliaque droite, se lève et tombe en syncope. Le médecin traitant appelé aussitôt pense à une perforation appendiculaire.

Le docteur Camelot voit la malade très rapidement après le début des accidents constate une défense musculaire nette dans le côté droit du bas-ventre.

Température 38°5, pouls 96. Sensibilité vive du Douglas au toucher rectal (malade vierge).

Il confirme le diagnostic du confrère.

Opération d'urgence, incision de Jalaguier. Anses grêles, cœcum et appendice sains, mais baignant dans du pus sans signes d'inflammation du péritoine.

La main plongeant dans le pelvis y sent les annexes droites volumineuses. L'incision est prolongée vers le bas. La trompe droite est grosse deux fois comme le pouce, sinueuse; son extrémité extrême, repliée en dedans, est accolée avec l'ovaire à la face postérieure de l'utérus. Elle présente à son 1/3 inférieur, une perforation large de 1/2 cm. par où s'écoule du pus. Ablation des annexes droites. A gauche trompe dure, du volume d'un crayon, on la laisse.

Mickulicz dans le côté droit du pelvis.

Suites opératoires bénignes. Persistance d'une fistule pariétale. Héliothérapie. Antigène méthylique sous-cutané. Amélioration de l'état général. Réapparition des règles avec écoulement de sang par la fistule. Lésions du côté gauche en voie de régression.

Observation X

(*Lapeyre*)

Mme G..., 40 ans, journalière, est renversée le 1er mai 1927, vers 17 heures, en descendant d'un autobus encore en marche. Elle tombe sur le flanc gauche, contre le trottoir. Rentrée chez elle, elle est prise, la nuit, de coliques abdominales, qui s'exagèrent progressivement. L'état ne fait que s'aggraver dans la journée du lendemain et c'est seulement le surlendemain matin, 3 mai, qu'on l'envoie d'urgence à l'hôpital des Ménages, dans le service du Professeur Lardenois.

Nous trouvons une femme au faciès grippé, qui se plaint de douleurs dans le ventre, mais principalement dans la région de l'hypocondre gauche, siège de la contusion, où elle porte continuellement la main. La température atteint 38°,

le pouls bat à 120. L'abdomen est contracturé dans son ensemble, mais la contracture prédomine toutefois dans l'étage sous-ombilical.

Le toucher vaginal, pratiqué en vue de rechercher la douleur au Douglas, nous permet de découvrir une sensibilité très grande du péritoine pelvien. L'utérus est mobile, mais nous percevons nettement deux masses annexielles auxquelles nous ne prêtons pas immédiatement d'importance première.

En face de ce tableau de péritonite aiguë consécutive à un traumatisme de la partie haute de l'abdomen, on décide l'intervention immédiate, indécis sur la cause, mais suspectant plutôt une perforation d'organe creux : estomac, intestin, datant de près de 48 heures.

Laparotomie sous-ombilicale. Anses rouges baignant dans du pus crêmeux, épais, qui vient du pelvis. La trompe gauche, libre, volumineuse, se déverse de son contenu par un petit orifice. L'épiploon adhérent est réséqué. L'autre trompe est également reconnue pleine de pus, on décide l'hystérectomie subtotale, qui est pratiquée de droite à gauche. Ligature des pédicules, pas de péritonisation. Lavege à l'éther, Mickulicz.

Suites opératoires excellentes. La malade sort guérie le mois suivant, retardée d'une dizaine de jours par une légère suppuration au niveau de la brèche laissée par le sac de gaze.

Des circonstances fâcheuses n'ont malheureusement pas permis de recueillir aseptiquement du pus pour en demander l'analyse bactériologique.

CONCLUSIONS

I. — La rupture d'un pyosalpinx dans la grande cavité péritonéale es tun accident rare.

II. — Cette question sur laquelle existe une littérature abondante, est actuellement à peu près mise au point.

III. — La rupture est rendue possible, grâce aux altérations de la paroi tubaire et peut se produire, soit à la suite d'une poussée inflammatoire, soit par suite d'un traumatisme, celui-ci agissant tantôt comme agent fortuit d'une perforation toute préparée, tantôt en déclanchant une poussée aiguë qui aboutira à la rupture.

IV. — Les streptocoques et les colibacilles se sont montrés les germes les plus virulents.

V. — La ymptomatologie est celle d'une péritonite aiguë par perforation.

VI. — On a souvent porté le diagnostic de perforation appendiculaire, moins souvent celui de rupture de grossesse tubulaire. L'erreur n'a pas une importance capitale puisqu'il faut dans tous ces cas intervenir d'urgence. Plus grave est le diagnostic de pelvi péritonite qui commande l'abstention, le repos et la glace.

VII. — Le pronostic est excessivement grave.

VIII. — L'intervention immédiate s'impose, toute abstention conduirait la malade à une mort certaine.

Les modalités opératoires varient suivant les auteurs :

Drainage au Mickulicz après laparatomie, salpinjectomie, hystérectomie. Il n'y a pas de règle absolue qui codifie l'intervention. Le procédé variera avec la précocité de l'intervention, c'est-à-dire l'état général de la malade et l'étendue des lésions.

Vu :

Le Doyen,

Pierre MAURIAC

Vu, bon à imprimer

Le Président,

J. GUYOT

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 7 décembre 1934.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDRE. — Contribution à l'étude des pyosalpinx ouverts dans le rectum. (*Thèse de Bordeaux,* 1898.)

BAILLAT et MOREL. — Salpingite purulente ouverte librement dans la cavité plevienne. (*Bull. Soc. obst. et gyn.,* Paris 1926.)

BERGE. — Etude du drainage à la Mickulicz en chirurgie abdominale. (*Thèse de Bordeaux,* 1926.)

BONHOURE et BAILLAT. — Rupture de pyosalpinx en péritoine libre. (*Bull. Soc. obst. et gyn.,* Paris 1924.)

CHARRIER (R.-P.). — Remarques pour servir à l'histoire d'un pyosalpinx. (*Gaz. méd.,* Paris 1892, pages 205, 217, 281, 294, 305.)

CHAVANNAZ. — Rapport au Congrès de Chirurgie, 1910.

CHEVASSU. — Péritonite généralisée par rupture d'abcès salpingien au cours de manœuvres abortives. (*Bull. Soc. anat.,* Paris, janvier 1910.)

CORNILLON. — *Thèse de Paris,* 1872.

COTTE et CHALIER. — Cinq cas de péritonite par rupture du pyosalpinx. (*Revue de gyn. et chirurgie abd.,* 1907.)

DELBET (Paul). — Des suppurations pelviennes chez la femme, 1891.

DELEPINE. — Péritonite généralisée par rupture d'un pyosalpinx droit. (*Bull. Soc. obst. et gyn.,* 1920.)

DESBONNETS. — Rupture et perforation de pyosalpinx en péritoine libre. (*Bull. Soc. obst. et gyn.,* avril 1930.)

DUBOUCHER et LACROIX. — Perforation tubaire précoce en pé-

ritoine libre au cours d'une salpingite. (*Revue gyn. et Pédiatrie,* 1925.)

Dupré. — Rupture spontanée de pyosalpinx. (*Bull. méd. de Québec,* mai 1927.)

Duval et Ameline. — 14 observations de pyosalpinx rompus dans le péritoine; opérations, 13 guérisons. (*Bull. Soc. nat. de Chirurgie,* 1929.)

Duverger et Dax. — Rapport à la Société Anatomo Clinique (5 février 1923.)

Faure et Lireday. — Traité de gynécologie, page 660.

Gardes. — Ruptures de pyosalpinx en général. (*Thèse Bordeaux,* 1925.)

Gabvin. — Evacuation spontanée de pyosalpinx par l'utérus. (*Bull. Soc. obst. et gyn.,* 1931.)

Guyot, Duverger et Princeteau. — Pyosalpinx ouvert dans le péritoine, puis dans la vessie et le rectum.

Hamant (O.). — De l'ouverture spontanée d'un pyosalpinx par l'utérus, sans rupture de pyosalpinx dans la cavité abdominale. (*Bull. Soc. obst. et gyn.,* 1933.)

Huet. — Rupture de pyosalpinx. (*J. de Chirurgie,* févr. 1924.)

Kreiss. — Rupture de pyosalpinx (*Bull. Soc. gyn.,* Paris 1924.)

Lapeyre. — Nouvelles observations de perforation et de rupture de pyosalpinx en péritoine libre. (*Gyn. et obs.,* avril 1928.)

Lenormand et Kauffmann. — Contribution à l'étude de la rupture des pyosalpinx. (*Presse Médicale,* juillet 1927.)

Leroux. — Péritonite perpuérale guérie par incision précoce (*Soc. obst. et gyn.,* Paris 1930.)

Lawson Tait. — Traité des maladies des ovaires. (*Traduction française,* 1886.)

Lecène et Leriche. — Thérapeutique chirurgicale. (T. III, 1927.)

LYNCH. — Rupture de pyosalpinx (*Boston M. et S. J.* 197, janvier 1928.)

MARIN A PÉTROFF. — Rupture de psyosalpinx en péritoine libre. (*Thèse de Paris,* 1932.)

PLAUSON. — Sur les péritonites par rupture de pyosalpinx. (*Bull et Mém. Soc. chir.,* Paris 1930.)

MACQUART-MOULIN. — Les méthodes de traitement chirurgical des suppurations pelviennes.

PRÉVOST. — Contribution à l'étude des pyosalpinx ouverts dans le péritoine. (*Thèse de Lille,* 1930).

POZZI. — Traité de gynécologie.

QUÉNU et CONSTANDULAKI. — Rupture de pyosalpinx en péritoine libre. (*Bull. méd.,* oct. 1930.)

REEB. — Perforation perpuérale après avortement. (*Bull. méd. Soc. obst. et gyn.,* Paris 1925.)

REEB. — Perforation d'un pyosalpinx suivie de péritonite opéré 12 heures après son début. (*Bull. Soc. obst. et gyn.,* 1924.)

SABADINI. — Rupture de pyosalpinx en péritoine libre. (*Revue de Chirurgie,* 1928.)

SAVARIAUD et JACOB. — Pyosalpinx rompu, péritonite généralisée. Intervention, guérison. (*Gyn. et obst.,* 1920.)

VINCENT et CORDONNIER. — Rupture de pyosalpinx gonococcique. (*Journal des Sciences méd.,* Lille 1931.)

VIOLLET. — Pyosalpinx opéré en péritonite diffuse avec occlusion. Ablation et drainage abdomino-vaginal. Guérison. (*Lyon médical,* 1925.)

Imp. J. LESBATS, 16, r. Jules-Guesde - Bordx.